



MEDICAL DISABILITY DECISION
РЕШЕНИЕ О НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СВЯЗИ С БОЛЕЗНЬЮ
DSHS 14-144A(X)

INSTRUCTIONS
ИНСТРУКЦИИ

Форма «Решение о нетрудоспособности в связи с болезнью», DSHS 14-144A(X), - это отчёт о нетрудоспособности клиента, медицинских свидетельствах и рабочей истории, который отправляется в Службу по Определению Нетрудоспособности (DDS) для определения нетрудоспособности в связи с болезнью.

Социальный работник начинает заполнять форму DSHS 14-144A(X). Социальный работник должен позаботиться о том, чтобы в этой форме были указаны имя этого работника, название Офиса Социального Обслуживания (CSO) и номер телефона.

ПРИМЕЧАНИЕ ДЛЯ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА: Направьте оригинал в DDS и положите его в файл обслуживания, когда его возвратят.

1. Социальный работник заполняет заголовок, чтобы указать имя, номер социального обеспечения (SSN) и болезнь, в связи с которой клиент является нетрудоспособным.
2. Социальный работник может помочь клиенту заполнить Часть I - Информация о вашей болезни. Точные даты не требуются, но месяц и год должны быть указаны.
3. Социальный работник может помочь клиенту заполнить Часть II - Информация о вашей истории болезни. Важно дать как можно более полную информацию о врачах и учреждениях, где больной получал лечение.
4. Социальный работник может помочь клиенту заполнить Часть III - Информация о вашей деятельности. Социальный работник должен изучить информацию, чтобы убедиться в том, что ограничения клиента ясно указаны.
5. Социальный работник может помочь клиенту заполнить Часть IV - Информация о вашем образовании. Если клиент учился в школе в программе специального обучения, это должно быть указано.
6. Социальный работник может помочь клиенту заполнить Часть V - Информация о работе, которую вы выполняли. Отдельные места работы указывать не нужно, нужно указать только тип бизнеса.

ОТЧЕТ О НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
РЕШЕНИЕ О НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СВЯЗИ С БОЛЕЗНЬЮ

Эта форма заполняется социальным работником во время интервью с истцом или с представителем истца. Пожалуйста, пишите печатными буквами, печатайте или пишите разборчиво и отвечайте на все вопросы как можно полнее. Ответьте на все вопросы. Полные ответы на вопросы помогают при обработке иска. Если Вам нужно больше места для того, чтобы ответить на какие-либо вопросы в этой форме, приложите дополнительные листы.

1. ИМЯ ИСТЦА	2. НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	3. ТЕЛЕФОН (ВКЛЮЧИТЕ РАЙОННЫЙ КОД) ()
--------------	----------------------------------	---

4. КАКАЯ У ВАС ИНВАЛИДНОСТЬ? КРАТКО ОПИШИТЕ ТРАВМУ ИЛИ БОЛЕЗНЬ, КОТОРАЯ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВАМ РАБОТАТЬ.

ЧАСТЬ 1. ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕЙ БОЛЕЗНИ

1. Когда Вас впервые стала беспокоить эта болезнь?

МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД

2A. Работали ли Вы после даты, указанной в пункте 1 выше? Если Вы ответили «нет», переходите к пунктам 3A. и 3B. ниже.

ДА НЕТ

2B. Если Вы ответили «да» на вопрос 2A., пришлось ли Вам изменить из-за Вашей болезни:

Вашу работу или рабочие обязанности?

Ваши часы работы?

Ваше присутствие на работе?

Что-нибудь еще, связанное с Вашей работой?

2B. Если Вы ответили «да» на любой вопрос в пункте 2B., поясните, как изменились Ваши рабочие обстоятельства, укажите даты, когда произошли эти изменения, и почему эти изменения были необходимы в связи с Вашей болезнью.

3A. Когда Вам пришлось, в конце концов, оставить работу в связи с болезнью?

МЕСЯЦ ДЕНЬ ГОД

3B. Объясните, почему Ваша болезнь не позволяет Вам сейчас работать?

ЧАСТЬ 2. ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. Впишите следующую информацию о враче, имеющем самые последние медицинские сведения о заболевании, являющемся причиной Вашей нетрудоспособности:

Отметьте этот квадратик, если у истца НЕТ врача.

ИМЯ ВРАЧА	3. ТЕЛЕФОН (ВКЛЮЧИТЕ РАЙОННЫЙ КОД) ()	КАК ЧАСТО ВЫ ХОДИТЕ К ЭТОМУ ВРАЧУ?
-----------	---	------------------------------------

АДРЕС	ДАТА ВАШЕГО ПЕРВОГО ВИЗИТА К ЭТОМУ ВРАЧУ
-------	--

БОЛЕЗНЬ ИЛИ ТРАВМА, В СВЯЗИ С КОТОРОЙ ВЫ ПРОШЛИ ОСМОТР ИЛИ ЛЕЧЕНИЕ	ДАТА ВАШЕГО ПОСЛЕДНЕГО ВИЗИТА К ЭТОМУ ВРАЧУ
--	---

ВИД ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЛИ (НАПРИМЕР, ОПЕРАЦИЯ, ХИМИОТЕРАПИЯ, РАДИАЦИЯ И ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЕТЕ В СВЯЗИ С ВАШЕЙ БОЛЕЗНЬЮ ИЛИ ТРАВМОЙ, ЕСЛИ ЭТО ИЗВЕСТНО. ЕСЛИ ВЫ НЕ ПРОХОДИЛИ ЛЕЧЕНИЯ И НЕ ПРИНИМАЛИ ЛЕКАРСТВ, НАПИШИТЕ НИКАКИЕ).

2. Обращались ли Вы к каким-либо другим врачам со времени начала заболевания, являющегося причиной Вашей нетрудоспособности? Да Нет

Если да, ответьте на следующие вопросы.

ИМЯ ВРАЧА	З. ТЕЛЕФОН (ВКЛЮЧИТЕ РАЙОННЫЙ КОД) ()	КАК ЧАСТО ВЫ ХОДИТЕ К ЭТОМУ ВРАЧУ?
АДРЕС		ДАТА ВАШЕГО ПЕРВОГО ВИЗИТА К ЭТОМУ ВРАЧУ
БОЛЕЗНЬ ИЛИ ТРАВМА, В СВЯЗИ С КОТОРОЙ ВЫ ПРОШЛИ ОСМОТР ИЛИ ЛЕЧЕНИЕ		ДАТА ВАШЕГО ПОСЛЕДНЕГО ВИЗИТА К ЭТОМУ ВРАЧУ

ВИД ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЛИ (НАПРИМЕР, ОПЕРАЦИЯ, ХИМИОТЕРАПИЯ, РАДИАЦИЯ И ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЕТЕ В СВЯЗИ С ВАШЕЙ БОЛЕЗНЬЮ ИЛИ ТРАВМОЙ, ЕСЛИ ЭТО ИЗВЕСТНО. ЕСЛИ ВЫ НЕ ПРОХОДИЛИ ЛЕЧЕНИЯ И НЕ ПРИНИМАЛИ ЛЕКАРСТВ, НАПИШИТЕ НИКАКИЕ).

Если Вы обращались к другим врачам со времени начала этого заболевания или получения этой травмы, приложите дополнительные страницы с вышеуказанной информацией.

3. Были ли Вы госпитализированы или получали ли Вы лечение в клинике в связи с заболеванием, являющимся причиной Вашей нетрудоспособности? Да Нет

Если да, ответьте на следующие вопросы.

НАЗВАНИЕ БОЛЬНИЦЫ ИЛИ КЛИНИКИ	АДРЕС
НОМЕР ПАЦИЕНТА ИЛИ КЛИНИКИ	
Были ли Вы стационарным больным (оставались ли Вы в больнице хотя бы на одну ночь)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, ответьте на следующие вопросы.	Были ли Вы амбулаторным больным? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите даты Ваших визитов в больницу.
НОМЕР ПАЦИЕНТА ИЛИ КЛИНИКИ	НОМЕР ПАЦИЕНТА ИЛИ КЛИНИКИ
БОЛЕЗНЬ ИЛИ ТРАВМА, В СВЯЗИ С КОТОРОЙ ВЫ ПРОШЛИ ОСМОТР ИЛИ ЛЕЧЕНИЕ	

ВИД ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЛИ (НАПРИМЕР, ОПЕРАЦИЯ, ХИМИОТЕРАПИЯ, РАДИАЦИЯ И ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЕТЕ В СВЯЗИ С ВАШЕЙ БОЛЕЗНЬЮ ИЛИ ТРАВМОЙ, ЕСЛИ ЭТО ИЗВЕСТНО. ЕСЛИ ВЫ НЕ ПРОХОДИЛИ ЛЕЧЕНИЯ И НЕ ПРИНИМАЛИ ЛЕКАРСТВ, НАПИШИТЕ НИКАКИЕ).

4. Если в связи с болезнью или травмой Вы обращались в другую больницу или клинику, ответьте на следующие вопросы:

Если да, ответьте на следующие вопросы.

НАЗВАНИЕ БОЛЬНИЦЫ ИЛИ КЛИНИКИ	АДРЕС
НОМЕР ПАЦИЕНТА ИЛИ КЛИНИКИ	
Были ли Вы стационарным больным (оставались ли Вы в больнице хотя бы на одну ночь)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, ответьте на следующие вопросы.	Были ли Вы амбулаторным больным? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, укажите даты Ваших визитов в больницу.
НОМЕР ПАЦИЕНТА ИЛИ КЛИНИКИ	НОМЕР ПАЦИЕНТА ИЛИ КЛИНИКИ
БОЛЕЗНЬ ИЛИ ТРАВМА, В СВЯЗИ С КОТОРОЙ ВЫ ПРОШЛИ ОСМОТР ИЛИ ЛЕЧЕНИЕ	

ВИД ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЛИ (НАПРИМЕР, ОПЕРАЦИЯ, ХИМИОТЕРАПИЯ, РАДИАЦИЯ И ЛЕКАРСТВА, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЕТЕ В СВЯЗИ С ВАШЕЙ БОЛЕЗНЬЮ ИЛИ ТРАВМОЙ, ЕСЛИ ЭТО ИЗВЕСТНО. ЕСЛИ ВЫ НЕ ПРОХОДИЛИ ЛЕЧЕНИЯ И НЕ ПРИНИМАЛИ ЛЕКАРСТВ, НАПИШИТЕ НИКАКИЕ).

ЧАСТЬ 2. ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Если Вы обращались в другие больницы или клиники по поводу этого заболевания или травмы, укажите имена, адреса, номера больных или клиник, даты и причины в Части 6 или приложите дополнительные страницы.

5. Делали ли Вам какие-либо из следующих анализов в прошлом году? Отметьте соответствующий квадратик ниже и, если Вы ответили «да», укажите где и когда был сделан этот анализ.

АНАЛИЗ	ДА	НЕТ	ГДЕ СДЕЛАН	КОГДА СДЕЛАН
Электрокардиограмма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Рентген груди	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Другие рентгенологические исследования (укажите вид исследования)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Анализы дыхания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Анализы крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Другое (укажите)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6. Если у Вас есть карточка медикейд, какой у Вас номер: _____

ЧАСТЬ 3. ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Велел ли Ваш врач каким-либо образом уменьшить или ограничить Вашу деятельность?

Да Нет

Если да, укажите имя врача ниже и сообщите, что он или она сказали Вам об уменьшении или ограничении Вашей деятельности.

2. Опишите Вашу ежедневную деятельность в следующих графах и укажите, какими видами деятельности Вы занимаетесь, сколько и как часто Вы занимаетесь каждым из этих видов деятельности.

• Домашняя работа (включая варку еды, уборку, покупки и различную работу по дому)

• Развлечения и хобби (охота, рыбная ловля, игра в шары, ходьба пешком, игра на музыкальных инструментах и т.д.)

• Общение с людьми (посещения друзей, родственников, соседей)

• Другое (вождение машины, мотоцикла, езда на автобусе и т.д.)

ЧАСТЬ 3. ИНФОРМАЦИЯ О ВАШЕМ ОБРАЗОВАНИИ

1. Сколько классов школы Вы закончили? _____ В каком году? _____

2. Учились ли Вы в ремесленном училище или получили ли Вы какое-либо специальное обучение?

Да Нет

Если да, ответьте на следующие вопросы.

ТИП РЕМЕСЛЕННОГО УЧИЛИЩА ИЛИ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

ПРИБЛИЗИТЕЛЬНЫЕ ДАТЫ ОБУЧЕНИЯ

КАК ЭТО ОБРАЗОВАНИЕ ИЛИ ОБУЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАЛОСЬ В ВАШЕЙ РАБОТЕ

ЧАСТЬ 5. ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТЕ, КОТОРУЮ ВЫ ВЫПОЛНЯЛИ

1. Перечислите все работы, на которых Вы работали в течение 15 лет до того, как Вы перестали работать, начиная с Вашей основной работы. Это означает работу, на которой Вы работали дольше всего. Если у Вас 6 классов образования или меньше И Вы выполняли только тяжёлую неквалифицированную работу в течение 35 или более лет, укажите все работы, на которых Вы работали с тех пор, когда Вы начали работать. Если Вам нужно дополнительное место, приложите дополнительные страницы или воспользуйтесь Частью 6.

ДОЛЖНОСТЬ	ВИД БИЗНЕСА	ОТ	ДО	СКОЛЬКО ДНЕЙ В НЕДЕЛЮ	СТАВКА ЗАРПЛАТЫ В ЧАС, В ДЕНЬ, В НЕДЕЛЮ, В МЕСЯЦ ИЛИ В ГОД

- 2A. На Вашей вышеуказанной основной работе:
- | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| Пользовались ли Вы механизмами, инструментами или любым видом оборудования? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Пользовались ли Вы техническими знаниями или умениями? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Писали ли Вы, составляли ли Вы отчёты или выполняли ли Вы подобного рода обязанности? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Входило ли в Ваши обязанности руководство другими людьми? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

- 2B. Объясните все ответы «да», полностью описав следующие типы механизмов, инструментов или оборудования, которыми Вы пользовались, и точно указав, какую операцию Вы выполняли; какими техническими знаниями или умениями Вы пользовались; что Вы писали и какого рода отчёты Вы составляли (если Вы составляли отчёты); и число людей, которыми Вы руководили, и в какой степени Вы ими руководили.

- 2B. Опишите род и количество физической деятельности, которая требовалась от Вас на Вашей основной работе в течение обычного рабочего дня, отметив самый подходящий ответ ниже.

Сколько часов в день Вы:

Ходили?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
Стояли?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
Сидели?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

Сколько раз в день Вы:

Сгибались?	<input type="checkbox"/> Никогда	<input type="checkbox"/> Иногда	<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Постоянно
Тянулись за чём-либо?	<input type="checkbox"/> Никогда	<input type="checkbox"/> Иногда	<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Постоянно

Поднимание и перенос тяжестей: объясните, что Вы поднимали и как далеко Вы его переносили.

Какой самый тяжёлый вес Вы поднимали?

10 фунтов 20 фунтов 50 фунтов 100 фунтов Больше 100 фунтов

Какой вес Вы часто поднимали или переносили?

До 10 фунтов До 25 фунтов До 50 фунтов Более 50 фунтов

ЧАСТЬ 6. ЗАМЕЧАНИЯ

1. Воспользуйтесь этим разделом как дополнительным местом для ответов на любые предыдущие вопросы. Также, воспользуйтесь этим разделом для предоставления любой дополнительной информации, которая, по Вашему мнению, может быть полезна при принятии решения по Вашему иску о нетрудоспособности (например, информации о других болезнях или травмах, которые не были указаны раньше).

ДА НЕТ

2. Говорит ли этот истец по-английски? Если нет, на каком языке он/она говорит:

3. Нужна ли истцу помощь в процессе подачи иска?

Если да, укажите имя, родство по отношению к истцу и телефон человека, который готов помочь истцу.

4. Можно ли легко связаться с истцом (или представителем истца) по телефону и без возникновения проблем, связанных с плохим знанием языка или повреждениями речи или слуха?

5. Отметьте, какие трудности наблюдались у клиента (если он испытывал какие-либо трудности), во время интервью.

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Чтение | <input type="checkbox"/> Писание | <input type="checkbox"/> Ответы на вопросы | <input type="checkbox"/> Слух |
| <input type="checkbox"/> Сидение | <input type="checkbox"/> Понимание | <input type="checkbox"/> Использование рук | <input type="checkbox"/> Дыхание |
| <input type="checkbox"/> Видение | <input type="checkbox"/> Ходьба | <input type="checkbox"/> Другое (укажите): | |

Если были отмечены какие-либо из вышеуказанных трудностей, укажите конкретно, в чём состояла трудность:

6. Полностью опишите истца (т.е., общее телосложение, рост, вес, поведение, и любые трудности, которые усугубляют или дополняют вышеуказанные трудности):

ПОДПИСЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА

ДАТА:

ДОЛЖНОСТЬ